# DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DANS LE

CATARRHE DU SAC LACRYMAL

ET DANS LE

RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL NASAL,

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21643842

(9)

# DES
# Indications Thérapeutiques
DANS LE

## CATARRHE DU SAC LACRYMAL

ET DANS LE

## RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL NASAL;

## OBSERVATIONS

PAR

**le docteur H. ROMIÉE,**

Professeur d'hygiène à l'École industrielle de Liége, chirurgien-oculiste des Hospices de Verviers, ancien chef de clinique ophthalmologique à l'Université de Liége, lauréat (concours 1871) et membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Liége, membre correspondant de la Société de médecine d'Anvers, de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la Société de médecine de l'arrondissement de Charleroi, de la Société do médecine pratique et de la Société médico-pratique de Paris, de la Société des sciences médicales de Lisbonne, de l'Académie médico-pharmaceutique de Barcelone, de la Société de médecine de Caen et du Calvados, de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg, etc.

**ANVERS,**

IMPRIMERIE J.-E. BUSCHMANN,

Rempart de la Porte du Rhin.

1877.

(*Extrait des Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

# DES
# INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
## DANS LE
## CATARRHE DU SAC LACRYMAL
## ET DANS LE
## RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL NASAL.

---

Dans un précédent travail [1] j'ai émis l'opinion qu'au point de vue thérapeutique on devait distinguer le catarrhe du sac lacrymal et le rétrécissement du canal nasal.

Le rétrécissement du canal nasal est une cause possible du catarrhe du sac lacrymal, mais il en est le plus souvent une complication ; parfois il existe sans que le sac offre la moindre altération.

Le catarrhe du sac lacrymal est une affection de la muqueuse, comme le prouve l'anatomie pathologique : cette opinion est généralement admise aujourd'hui. Le catarrhe du sac peut se compliquer de conjonctivite, de blépharite, de kératite, de déviation du point lacrymal inférieur, de tumeur lacrymale, de fistule, de carie osseuse et enfin de rétrécissement du canal nasal. Cette dernière complication est loin d'exister toujours et je pourrais

[1] Du catarrhe du sac lacrymal et de ses complications. Liége 1873.

rapporter de nombreux cas de catarrhe du sac lacrymal où le canal nasal est tout-à-fait libre.

En me bornant à parler du catarrhe du sac lacrymal et du rétrécissement du canal nasal, je dirai que les moyens à employer doivent s'adresser à l'une ou à l'autre affection, ou simultanément à toutes les deux, si elles coexistent. Le rétrécissement du canal nasal oppose un obstacle mécanique : c'est surtout aux moyens mécaniques qu'il faudra recourir, dans certains cas on y ajoutera les modificateurs; le catarrhe du sac est essentiellement une affection de la muqueuse, les modificateurs seront indiqués.

J'ai vu des maîtres en ophthalmologie employer comme seul moyen de traitement de tous les cas de catarrhe du sac lacrymal le cathétérisme du canal nasal ; mais à quoi bon sonder ce canal quand il est tout-à-fait libre? Je citerai plus loin deux exemples (obs. XI et obs. XII), parmi un grand nombre de cas semblables, comme preuves de la défectuosité de cette méthode. L'opinion qui prétend guérir, au moyen des injections modificatrices, tous les catarrhes du sac lacrymal même avec rétrécissement du canal nasal, est également empreinte d'erreur. Lorsque j'avançais qu'il était presque toujours indispensable, dans les catarrhes du sac avec rétrécissement du canal nasal, de s'adresser à la muqueuse du sac et à l'obstacle du canal, je croyais déjà être dans le vrai. Mon expérience et ce qui depuis a été écrit sur ce sujet ont entièrement confirmé la justesse de mes idées.

Avant de relater quelques observations à l'appui de mon opinion, je juge utile d'exposer ma manière de faire et d'examiner quelque peu la question du pronostic.

En présence d'un catarrhe du sac lacrymal ou d'un rétrécissement du canal nasal, je recherche toujours quelle peut en être la

cause soit générale, soit locale (de voisinage). On doit toujours avoir présente à l'esprit l'influence de l'état général sur les affections des muqueuses; c'est ainsi que j'ai pu rapporter à un mauvais état général, persistant malgré un traitement général convenable, l'insuccès des moyens locaux les mieux indiqués; ces moyens bien dirigés n'amenaient que des améliorations passagères. Si l'état général finit par être modifié, le traitement local pourra alors obtenir de bons résultats.

La cause de l'affection des voies lacrymales connue, la position et l'état des points et des conduits lacrymaux étant normaux (je tiens à signaler ce fait que si le point lacrymal est même fortement dévié en dehors par suite du catarrhe du sac lacrymal ou du rétrécissement du canal nasal, il se relève parfaitement par l'amélioration du catarrhe ou du rétrécissement sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'ouverture du conduit lacrymal), j'examine si le sac lacrymal est dilaté et si la pression de cette région fait sortir du muco-pus. Je pratique ensuite une injection d'eau tiède, au moyen de la seringue de Desmarres ou de la pompe de Fano. Je suis dès lors renseigné sur la quantité de matière sécrétée, sur la dilatation plus ou moins prononcée du sac et sur le plus ou moins de perméabilité du canal nasal.

Lorsqu'il existe de l'hypersécrétion morbide de la muqueuse du sac lacrymal en quantité suffisante (il est bien entendu que je fais ici abstraction de la tumeur lacrymale, de la fistule, etc., ainsi que des cas dus au traumatisme et aux exostoses), je procède de la façon suivante :

Le sac vidé grâce à la pression et grâce à l'injection d'eau tiède, je recours à mon procédé d'injection : une seringue de Pravaz, dont l'aiguille de la canule est enlevée, est l'instrument injecteur que j'emploie. Je l'arme d'une dizaine de gouttes de

teinture d'iode pure[1] (un peu plus s'il y a dilatation du sac) et ce de façon que le piston reste aussi rapproché que possible du bas de sa course. L'instrument étant ainsi préparé, j'introduis dans le conduit lacrymal supérieur une fine tige de laminaria digitata (cette introduction nécessite presque toujours une dilatation préalable du point lacrymal et parfois du conduit, ce que le dilatateur de Desmarres rend facile). Cette tige est poussée jusqu'à l'intérieur du sac, lorsque les deux conduits restent séparés dans tout leur parcours, ou jusqu'à ce qu'elle atteigne la réunion des deux conduits s'ils ont une partie commune : elle est alors abandonnée à elle-même après avoir été courbée de manière à ce qu'elle ne vienne pas frotter le globe oculaire. Dans le conduit lacrymal inférieur, dilaté préalablement s'il n'est pas suffisamment ouvert, je glisse la canule de la seringue de Pravaz préparée ; je la pousse dans le conduit et dans le sac jusqu'à ce que son extrémité vienne frapper la paroi interne du sac. Dès qu'on sent la résistance dure de cette paroi, il faut retirer d'un millimètre environ la canule qui a ainsi son ouverture libre dans la cavité du sac. Je maintiens la seringue de la main gauche, et, de la main droite, je pousse doucement l'injection : le liquide est laissé dans le sac lacrymal pendant quelques instants, et, de la main droite, je malaxe légèrement la région pour cesser lorsque le malade y éprouve une certaine chaleur. Alors la main, qui avait abandonné un instant le piston, y revient, le fait remonter doucement au haut de sa course et l'y maintient : la plus grande partie du contenu du sac se précipite dans le corps de la seringue, la canule et la tige de laminaria sont retirées ; l'injection est terminée. J'ai eu recours à ce procédé

[1] Parmi plusieurs irritants que j'ai employés, c'est la teinture d'iode qui semble le mieux réussir.

pour éviter la vive douleur et le danger même qui accompagnent l'emploi de la teinture d'iode, si elle est mise en contact avec la conjonctive.

Ce procédé d'injection n'exige aucun aide, il ne cause aucune douleur et n'offre aucun danger ; le malade ne doit nullement suspendre ses occupations. Une injection d'eau froide enlève la légère sensation de chaleur ressentie parfois dans le sac lacrymal pendant quelques minutes et, en outre, elle garantit les conduits lacrymaux du rétrécissement et même de l'oblitération, effets possibles de la teinture d'iode si la canule ou la tige n'avait pas entièrement rempli les conduits et par suite n'avait pas empêché le contact de l'irritant. Le passage d'un stylet, quelques instants après l'injection, met également les canaux lacrymaux à l'abri de l'oblitération facile à éviter.

Mon procédé d'injection de teinture d'iode dans le sac lacrymal m'a donné de beaux résultats. Outre la modification apportée dans l'hypersécrétion du sac lacrymal qui, dans presque tous les cas, est supprimée le plus souvent après une ou deux injections et presque toujours après quelques injections de teinture d'iode pure, on voit disparaître la dilatation du sac qu'on observe si fréquemment dans le catarrhe du sac lacrymal. Ces deux effets ne seront pour ainsi dire jamais obtenus par le cathétérisme employé seul. M. le professeur Panas, dans ses leçons sur les affections des voies lacrymales, parle de mon procédé dans les termes suivants : « Pour éviter le reflux d'un liquide irritant ou caustique injecté dans le sac lacrymal on a conseillé de boucher le conduit laissé libre à l'aide d'une petite tige de laminaria (Romiée, brochure in-8°, Liége 1873), moyen que nous ne saurions approuver. » Je suis persuadé que M. Panas aurait

pu ajouter : « que nous ne saurions non plus désapprouver *sans l'avoir mis en pratique.* » Je n'ai jamais eu à noter le moindre accident et j'ai obtenu des succès qu'aucune autre méthode ne m'aurait fournis.

Je puis rappeler ici les effets de la teinture d'iode dans le catarrhe du sac lacrymal et énoncer ainsi tous les cas où cet irritant est utile :

1° Le principal effet est la modification amenée dans l'état de la muqueuse, modification qui se traduit par la diminution et par la suppression de l'hypersécrétion morbide.

2° La cicatrisation des poches abcédées (autour du sac) et des fistules lacrymales, sous l'influence de la teinture d'iode, a lieu rapidement.

3° La dilatation du sac, même assez considérable, peut être réduite au degré normal et ainsi l'organe sera apte à reprendre ses fonctions. En cas de dilatation du sac sans sécrétion morbide, la teinture d'iode, ramenant l'organe à ses dimensions, peut produire une sécrétion plus ou moins abondante dont la disparition nécessitera une ou plusieurs injections de ce médicament.

4° Sur le canal nasal l'action de la teinture d'iode peut se manifester de deux façons tout-à-fait opposées. A la suite d'une injection irritante, un rétrécissement même assez prononcé peut disparaître, comme aussi une dilatation trop forte du canal nasal peut être restreinte et ainsi les fonctions de ce conduit se rétabliront parfois.

Si le canal nasal est entièrement libre, je borne aux moyens cités plus haut mes soins consécutifs à l'injection iodée, mais si j'ai quelque doute au sujet de la complète perméabilité du canal, je pratique le cathétérisme par la méthode d'Anel.

Lorsque le canal nasal est oblitéré, j'emploie presque toujours le cathétérisme de cette manière. S'il n'y a pas de catarrhe du sac ou si celui-ci ne donne lieu qu'à une hypersécrétion morbide très-minime, je recours au cathétérisme auquel j'ajoute les injections d'eau ; toutefois même alors la teinture d'iode peut hâter la guérison.

Si nous n'avons pas dilaté le point lacrymal supérieur et son conduit pour placer la tige de laminaria (dans le cas de catarrhe) nous le faisons préalablement, ce qui nous permet d'introduire facilement jusqu'au n° 3 des sondes de Bowman. La paupière est tendue en dehors pendant que le malade regarde en bas, l'extrémité de la sonde est introduite perpendiculairement au point lacrymal et l'instrument est alors immédiatement dirigé selon l'axe du conduit, on le pousse ainsi un peu de haut en bas et de dehors en dedans jusqu'à ce que l'on sente la résistance de la paroi interne du sac lacrymal. On fait ensuite pivoter la sonde sur l'extrémité introduite en suivant toute l'arcade orbitaire supérieure jusqu'à ce que le cathéter, dont une extrémité se trouve ainsi à l'ouverture du canal nasal, soit dans la direction de ce conduit. Dans ce mouvement le conduit lacrymal est entraîné par la sonde, ce qui ne cause que peu de douleur lorsque les paupières ne sont pas lâches. Pour diminuer la gêne occasionnée par ce redressement de la sonde, il suffit de conseiller au malade de regarder en haut et en dedans par rapport au côté où est pratiqué le cathétérisme. La sonde ainsi placée n'a plus qu'à être poussée avec soin dans la direction du canal nasal et elle arrive jusqu'à l'ouverture inférieure de ce conduit, ce moment souvent est annoncé par la sensation que le malade éprouve dans la fosse nasale. Le passage de l'instrument n'est pas toujours possible

à une première séance si on craint de causer trop de douleur au malade, mais on parvient toujours à la seconde ou à la troisième séance à désobstruer le canal ; cela dépend du reste de l'état du canal dont la sonde donne une connaissance exacte. On laisse la sonde en place pendant dix à trente minutes. Pour être certain que le canal est désobstrué dans tout son parcours, il faut que l'eau tiède injectée par le conduit lacrymal après le cathétérisme, sorte par les narines ou tombe dans la gorge.

Je commence souvent pour la première fois par l'emploi de la sonde n° 2 de Bowman, quelquefois j'emploie le n° 1 quand je suppose plus de difficulté. Je continue le n° 2 pendant quelques séances et, après, ayant recours au n° 3 je ne le dépasse jamais sans ouvrir le conduit lacrymal. Ce n° 3 suffit presque toujours et il n'est pas nécessaire d'ouvrir un des conduits lacrymaux. Cette ouverture d'un des conduits lacrymaux offre sans doute des facilités pour le cathétérisme, *mais elle n'est pas exempte d'inconvénients sérieux.*

D'abord on peut guérir aussi rapidement sans opération, celle-ci n'est donc pas réellement nécessaire, en cela il ne faut pas imiter des spécialistes qui ne cherchent qu'opérations; ensuite cette opération que j'ai pratiquée des centaines de fois dans les cas de déviation des points lacrymaux inférieurs avec un succès complet sans le moindre accident consécutif, n'est pas sans exposer le malade à une oblitération complète du conduit ouvert quand il y a une inflammation du sac lacrymal (catarrhe, tumeur, etc.), ou quand il existe une affection inflammatoire de la conjonctive ou de la cornée. On sait que l'oblitération du conduit lacrymal est une affection dont la guérison est toujours difficile et souvent impossible à obtenir.

Le cathétérisme qui peut amener rapidement la guérison d'un rétrécissement ou d'une oblitération du canal nasal, doit parfois être continué longtemps. Dès que j'ai mis en usage le n° 3 des sondes de Bowman je ne le dépasse que très rarement même lorsque je juge indispensable de pratiquer l'ouverture du conduit lacrymal supérieur ou inférieur. J'ai pour guide dans cette manière d'agir des raisons théoriques et des connaissances pratiques. Je me suis longuement étendu, dans un précédent travail, sur la question de savoir à qnel point devait s'arrêter la dilatation du conduit nasal, je n'y reviendrai pas ici, je signalerai seulement qu'il est bien avéré que des malades soumis au cathétérisme du canal nasal voient reparaître le larmoiement aprés l'emploi d'une sonde plus grosse que celle qui avait amené la guérison. A ce propos j'ai rapporté entr'autres faits ceux concernant deux de mes malades chez lesquels dans le but de corroborer le résultat obtenu par les sondes n^os^ 2 et 3 respectivement, j'avais eu recours aux n^os^ 3 et 4. Dès ce moment le larmoiement s'était reproduit, et chez le premier malade par l'expectation la guérison eut lieu, chez le second, il avait fallu une injection de teinture d'iode au tiers pour que tout symptôme disparût. J'ai établi aussi que les sondes 5 et 6 de Bowman sont très rarement utiles.

Les séances de cathétérisme doivent être plus ou moins rapprochées selon les cas ; toutefois il n'est pour ainsi dire jamais nécessaire de les répéter plus souvent que tous les deux jours. Au fur et à mesure que l'amélioration s'accentue, on sonde de plus en plus rarement jusqu'à un intervalle de plusieurs semaines pour s'assurer de l'état du canal nasal, car la fonction peut persister et le calibre du canal se rétrécir et ramener à un moment donné

tous les accidents primitifs. Si le canal se maintient dans de bonnes conditions on cesse le traitement.

La méthode que j'emploie depuis plusieurs années m'a suffi chez la plupart de mes malades. Dans quelques cas de rétrécissement du canal nasal rebelles au cathétérisme qui restait difficile, j'ai mis à l'essai la méthode de Stilling sans en être satisfait.

Lorsque le rétrécissement, alors que le catarrhe du sac est guéri, s'il a existé, semble se reproduire entièrement sans la moindre amélioration même après un certain nombre de séances de cathétérisme, je me décide à pratiquer l'ouverture du conduit lacrymal inférieur, et à utiliser les sondes en crosse de Galezowski. Je laisse ces sondes à demeure pendant un temps très variable, le plus souvent tous les jours deux heures.

Le traitement que je mets donc en pratique consiste à modifier la muqueuse du sac lacrymal, à tarir l'hypersécrétion morbide, en même temps qu'on ramène le sac à son volume normal lorsque la dilatation existe, et le plus souvent simultanément à rendre au canal nasal, s'il est rétréci ou oblitéré, son calibre normal. Dès que le sac lacrymal n'est plus dilaté et que l'hypersécrétion morbide est supprimée, le cathétérisme du canal nasal, toujours suivi d'injections d'eau, rarement de substances irritantes, est continué jusqu'à la guérison.

Quant au traitement général, il est ordinairement très important, mais je crois inutile de m'étendre ici sur les indications générales qu'on peut rencontrer.

Quel temps le traitement exigera-t-il pour amener la guérison ? Cette question est en quelque sorte celle du pronostic. Quelques rares auteurs ne sont pas sous ce rapport d'accord avec la majorité. Ainsi M. Panas avance que la plupart du temps ou parvient

à améliorer l'état des malades, à ne plus laisser subsister que du larmoiement ; mais que souvent on reste impuissant à faire disparaître ce dernier reliquat de l'affection malgré les méthodes les plus perfectionnées de traitement. Ce chirurgien distingué énonce à l'appui de son opinion qu'il connaît des malades soumis depuis un temps fort long au cathétérisme et aux injections modificatrices, qui ne conservent pas moins un larmoiement fort gênant.

Pourtant chez eux les canaux sont parfaitement perméables et même assez larges, ainsi que le prouve le cathétérisme avec le stylet de Bowman n° 6. Dans ces cas, selon nous, la dilatation pouvait parfaitement être poussée trop loin et être la cause de la persistance du larmoiement comme nous l'avons démontré plus haut à propos du degré de dilatation auquel il faut atteindre sans le dépasser.

Mais en opposition avec M. Panas sont presque tous les spécialistes distingués qui soutiennent que la dacryocystite prise à temps et soumise aux méthodes de traitement aujourd'hui employées, finit à force de soins, de temps et de patience par guérir complétement sans laisser d'épiphora après elle.

Tout en reconnaissant qu'il est parfois des cas rebelles, je me rallie à cette dernière manière de voir et j'ai constaté qu'un traitement bien conduit et bien observé amène chez la plupart des malades la guérison radicale de ces affections. Il est des sujets dont l'état général laisse beaucoup à désirer et chez lesquels une amélioration de l'affection lacrymale est tout ce que peut donner le meilleur traitement. Où le succès est encore parfois assez lent à obtenir, c'est lorsqu'il s'est produit une tumeur lacrymale avec fistule et souvent avec carie osseuse.

La durée du traitement ne peut jamais être déterminée d'une

manière certaine, alors même que l'affection est toute locale. Il est des cas de catarrhe du sac lacrymal où une seule injection de teinture d'iode a amené la guérison, il en est d'autres où plusieurs injections du même liquide ont été nécessaires pour tarir l'hypersécrétion de la muqueuse du sac. Quant au rétrécissement du canal nasal, on ne peut pas non plus limiter la durée du traitement ; j'ai soigné des malades chez lesquels un seul cathétérisme du canal triomphait d'une affection bien ancienne, et entre ces exemples et des cas où l'affection ne cède qu'après un an et au-delà, il y a tous les intermédiaires possibles. Cependant il est juste de dire que dans presque tous les cas longtemps rebelles, après deux à trois mois d'un traitement régulier, il y a une amélioration très sensible dans l'intensité du larmoiement qui même souvent disparaît pendant des périodes de temps plus ou moins longues.

Comme on le voit, je suis loin d'être pessimiste et je crois qu'en cela je ne dois m'en rapporter qu'aux résultats satisfaisants que j'ai obtenus.

### Observation I.

Mademoiselle Rob..., 45 ans. 2 Mars 1874. Depuis un an son œil gauche larmoie continuellement. Le point lacrymal inférieur est à sa place ; l'eau tiède injectée par le point lacrymal inférieur revient entièrement par le point supérieur. Il n'existe pas d'hypersécrétion morbide. Ayant dilaté le point lacrymal supérieur, au moyen de la sonde n° 2 de Bowman, je cathétérise le canal nasal par cette voie. Je rencontre un point rétréci et assez résistant à la partie supérieure du canal nasal. La sonde est laissée en place pendant quinze minutes et une injection d'eau tiède pra-

tiquée immédiatement après, passe entièrement à travers le canal nasal.

9 mars. Le larmoiement a considérablement diminué. Même traitement.

12 mars. Plus de larmoiement; l'injection d'eau passe toute entière dans les fosses nasales. La sonde ne rencontre pas d'obstacle.

8 avril. Le larmoiement n'a pas reparu. La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

### Observation II.

Madame Ros....., 60 ans, est atteinte à l'œil droit d'un larmoiement dont le début remonte à plusieurs années. Le sac lacrymal ne renferme pas de mucosités. Le canal est oblitéré. Le 4 Mars 1874, je pratique le cathétérisme du canal nasal au moyen de la sonde n° 2, de Bowman, et je constate un point fortement rétréci à la partie supérieure du canal et un second rétrécissement moins prononcé à 5 millimètres au-dessous.

Le 6 mars, la diminution du larmoiement est accusée par la malade : cathétérisme.

Le 8 mars, cette dame se considère comme guérie. Toute l'injection d'eau traverse le canal nasal. La sonde ne révèle plus l'existence des points rétrécis.

Le 10 mars, la guérison se confirme. Maintenant, trois ans après, le larmoiement n'a plus reparu.

### Observation III.

Mademoiselle Sch...., 40 ans, souffre depuis six mois environ d'un larmoiement intense. Elle est atteinte d'un catarrhe du sac

lacrymal droit, sans dilatation de cet organe, mais avec rétrécissement du canal nasal. Une injection d'eau ramène beaucoup de mucosités. Le 21 août 1876, cathétérisme selon la méthode d'Anel, avec la sonde n° 2, suivi d'injection d'eau.

Le 27 août, selon la malade il y a amélioration notable, le larmoiement a diminué. La quantité des mucosités du sac est réduite.

Cet état a persisté pendant trois mois sans qu'il soit observé une modification notable dans l'intensité du larmoiement. La sonde n° 3 a été placée assez régulièrement tous les trois jours et chaque fois suivie d'injections d'eau.

Le 3 décembre la malade m'annonce que depuis six jours son œil ne larmoie plus. L'injection d'eau sortie toute entière par la narine ne fait plus constater la présence de mucosités.

Le 22 janvier. Le larmoiement est resté supprimé. Le cathétérisme a eu lieu tous les huit jours.

Le 26 mars. Depuis janvier, quatre fois j'ai pratiqué une injection d'eau sans remarquer aucun phénomène anormal. Mlle Sch.... n'a plus eu de larmoiement.

Le 7 mai, elle est encore dans le même état.

### Observation IV.

Mlle Maria P..., 25 ans. Il y a 9 ans qu'elle a remarqué que son œil gauche pleure et que parfois il vient de la matière du coin de l'œil. Depuis quelques mois, la quantité de cette matière est très abondante ; le larmoiement est continuel. Catarrhe du sac lacrymal avec dilatation prononcée. La pression du sac amène du muco-pus en assez grande quantité. L'injection d'eau tiède fait

constater la perméabilité du canal nasal. Traitement : injection de teinture d'iode pure; nous sommes le 21 mars 1873.

22 mars. Pour ainsi dire plus de larmoiement ; la pression sur le sac ne fait pas sortir la plus petite parcelle de mucus. La dilatation a beaucoup diminué. Traitement nul.

24 mars. Plus du tout de larmoiement, plus du tout de sécrétion morbide. Le ligament palpébral interne est aussi apparent à gauche qu'à droite.

Le 11 octobre 1876, M^lle^ P. devenue M^me^ B., me consulte de nouveau. Depuis le 24 mars 1876 elle n'avait plus éprouvé de gène du côté des voies lacrymales ; il y a quelques jours qu'elle est atteinte à l'œil gauche de larmoiement. Il existe une assez grande quantité de muco-pus que ramène la pression. Le canal nasal est libre. Injection iodée.

Le 16 octobre, cette dame se considère comme guérie et en réalité il n'y a plus de larmoiement ni de mucosités. Depuis lors la guérison a persisté.

### Observation V.

Madame Y., 35 ans, présente un larmoiement prononcé à l'œil gauche et existant depuis 9 mois. Par la pression sur le sac légèrement dilaté, je fais refluer par les points lacrymaux une petite quantité de muco-pus. La malade est très-pusillanime et c'est avec peine que je parviens à pratiquer une injection d'eau qui sort en grande partie par la narine. C'était le 30 septembre 1874.

Le 2 octobre, je ne constate plus d'hypersécrétion du sac lacrymal qui est cependant encore dilaté. Le larmoiement a diminué beaucoup. Presque toute l'injection d'eau traverse le canal nasal.

Le 6 octobre, même état, mais la malade, dont le larmoiement est pour ainsi dire supprimé, se croit guérie.

Le 27 octobre, le larmoiement a reparu avec son intensité. La dilatation du sac est plus prononcée et la pression fait apparaître une plus grande quantité de muco-pus. Une injection d'eau passe à peine à travers le canal nasal. Injection de teinture d'iode d'après mon procédé.

Le 5 novembre. Dès le 28 octobre la malade se considérait comme guérie. Elle n'a plus eu de larmoiement ; le sac n'est plus dilaté et ni la pression ni l'injection d'eau qui sort entièrement par la narine, ne font déceler la présence de mucosités.

Cette guérison se maintient encore à la fin de 1876.

### Observation VI.

Madame Def... , 42 ans. Depuis plusieurs années son œil droit larmoyait souvent, il le fait maintenant continuellement. Il existe, le 6 mai 1875, une dilatation considérable du sac lacrymal. Une injection d'eau revient entièrement par le point lacrymal supérieur. Une forte pression sur la région du sac chasse dans le nez la quantité assez grande de muco-pus. Je pratique une injection iodée d'après mon procédé.

Le 9 mai, la dilatation du sac est réduite, et l'injection d'eau passe directement dans les fosses nasales entraînant une faible quantité de muco-pus.

Le 17 mai, même état ; nouvelle injection iodée.

Je ne revois cette dame que le 13 juin. La dilatation du sac a disparu et l'injection d'eau qui n'entraîne plus de mucosités sort entièrement par la narine. Le larmoiement n'obsède plus la malade.

Le 12 septembre 1876. Le larmoiement n'a plus reparu depuis le 18 mai 1875 ; l'examen du sac lacrymal et une injection d'eau ne révèlent plus rien d'anormal.

VII. Madame Van den B., 38 ans, me dit, le 1er février 1874, être atteinte depuis plusieurs années, d'une affection des voies lacrymales du côté droit. Le sac lacrymal est dilaté et sa pression fait refluer une assez grande quantité de muco-pus par les points lacrymaux. Il existe en même temps une conjonctivite lacrymale prononcée. Toute la conjonctive oculaire est fortement injectée. C'est cette affection qui la faisant souffrir, l'amène chez moi. Refusant absolument l'emploi de tout instrument, fût-ce la seringue de Desmarres, je lui prescris des lotions tièdes et même quelques cataplasmes émollients.

Le 8 février, la conjonctivite aiguë était guérie et, le 8 mars, le larmoiement persistant et la tumeur, formée par le sac dilaté, défigurant la malade, elle décide de se soumettre au traitement nécessaire. Une injection d'eau tiède traverse le canal nasal, après avoir expulsé par les points lacrymaux la grande partie du contenu du sac, et entraîne dans le nez quelques filaments de mucus. Je pratique une injection iodée d'après mon procédé : ayant maintenu la teinture d'iode pendant quelques minutes dans le sac lacrymal, j'injecte immédiatement après de l'eau tiède. Le contenu des deux premières seringues ne passe pas à travers le canal nasal, celui de la troisième se déverse en petite quantité dans la fosse nasale correspondante.

Le 9 mars, le sac lacrymal a repris son volume normal, le larmoiement a presque disparu, il n'y a plus que très peu de mucosités dont la présence est révélée par l'eau qui traverse les voies lacrymales.

Le 11 mars. Plus de larmoiement, plus de mucosités. Injection d'eau froide.

Le 13 mars. La malade est guérie, car aucun phénomène morbide n'est constaté.

Le 8 février 1875, la guérison persiste encore.

VIII. Madame Bur...., 45 ans, présente, le 5 novembre 1874, le sac lacrymal gauche enflammé tout comme si une tumeur lacrymale allait s'ouvrir; elle n'éprouve que peu de douleur. Il y a déjà longtemps que son œil larmoie, mais la tumeur ne se montre que depuis une quinzaine de jours. La pression légèrement douloureuse fait sortir par les points lacrymaux une quantité assez considérable de muco-pus et affaisse en partie la tumeur. L'eau tiède, qui n'arrive pas dans le nez, ramène encore un peu de muco-pus. Je pratique le cathétérisme avec la sonde n° 1 de Bowman par le point lacrymal supérieur et je ne rencontre aucune résistance dans le canal nasal. Lotions tièdes et pressions fréquentes pour vider le sac.

Le 9 novembre, il y a amélioration. La douleur n'existe plus à la pression du sac, mais la dilatation reste la même. Injection iodée.

Le 13 novembre, il y a encore un peu de muco-pus, le sac présente à peu près la même dilatation. L'eau tiède sort en grande partie par le nez.

Le 16 novembre, même état. Injection iodée suivie du cathétérisme facile et d'une injection d'eau froide.

Le 21 novembre, grande amélioration. Le larmoiement a beaucoup diminué, la dilatation du sac n'existe plus ; l'injection d'eau tiède, après avoir chassé un filament de mucus par le point lacrymal, passe presque entièrement dans la fosse nasale.

Le 30 novembre, l'état est le même. Le cathétérisme, au

moyen de la sonde n° 2, ne fait pas constater de point rétréci dans le canal nasal.

Le 9 décembre, le larmoiement a disparu, l'affection lacrymale paraît bien guérie.

Le 31 décembre, un léger larmoiement s'est de nouveau déclaré; l'injection d'eau fait constater l'existence d'une petite quantité de muco-pus.

Le 6 janvier, l'hypersécrétion a augmenté. Injection iodée, dont une petite partie arrive à la narine.

Le 4 février, la dernière injection iodée a produit un excellent effet, le larmoiement a disparu immédiatement et n'a plus reparu depuis. La guérison se maintient donc depuis un mois.

IX. Mlle Élis. de P., 28 ans, vient me consulter le 14 mai 1873; à l'âge de 9 ans, elle a présenté une tumeur lacrymale aiguë du côté gauche. Depuis cette affection, son œil a toujours larmoyé et parfois la pression sur la région du sac amenait du muco-pus. Il y a un mois, elle a été atteinte de nouveau de tumeur lacrymale aiguë. Il existe actuellement une petite fistule lacrymale, la pression sur le sac montre la présence d'une assez grande quantité de muco-pus, le canal nasal est oblitéré. Je pratique une injection de teinture d'iode : il n'y a à noter aucun phénomène particulier si ce n'est qu'il sort un peu de teinture d'iode par la fistule que je ferme au moyen du doigt.

Le 16 mai, il s'est produit une amélioration manifeste ; la pression ne ramène que très peu de mucosités, la fistule est fermée et l'eau passe un peu à travers le canal nasal. Je cathétérise le conduit par le point lacrymal supérieur dilaté préalablement, en me servant de la sonde n° 2, qui me fait sentir deux points rétrécis et qui reste en place pendant dix minutes. Une

injection d'eau froide consécutive arrive dans les fosses nasales, une seconde revient entièrement par le point lacrymal supérieur.

Le 18 mai, une injection d'eau tiède ramène encore un peu de muco-pus et le liquide ne passe qu'en très petite quantité à travers le canal nasal.

Le 20 mai, la sécrétion du sac lacrymal a augmenté. Injection de teinture d'iode suivie du cathétérisme et d'une injection d'eau froide.

Le 22 mai, plus du tout de sécrétion. Cathétérisme.

Le 31 mai, le larmoiement a diminué, mais le canal nasal reste rétréci. La malade devant dans quelques jours quitter la ville pour un temps assez long, je pratique l'ouverture du conduit lacrymal inférieur et je lui apprends à placer elle-même une sonde en crosse de Galézowski n° 3.

Le 5 octobre, la malade m'apprend qu'elle a placé la sonde à-peu-près tous les deux jours et qu'elle la laissait à demeure pendant une heure environ. Depuis quelque temps son œil ne larmoie plus et elle n'a jamais revu du muco-pus. Je prescris le cathétérisme de moins en moins fréquent.

Le 10 novembre, le larmoiement étant supprimé depuis plus d'un mois, tout traitement est suspendu.

Le 13 janvier 1874, la guérison persiste. J'ai revu cette dame au mois de juin 1876 et j'ai eu le plaisir d'apprendre qu'elle n'avait plus éprouvé la moindre gêne du côté de ses voies lacrymales.

X. Mlle K., 24 ans, est d'un tempérament très lymphatique. Elle était affectée d'un larmoiement qui remonte à plusieurs années, lorsqu'il y a trois jours, le 19 Février 1875, s'est développée à droite une tumeur lacrymale aiguë accompagnée

d'un gonflement considérable des paupières et même de la face. Il existe dans la région du sac une tumeur dure et douloureuse à la pression qui fait refluer du muco-pus par les points lacrymaux.

J'ouvre directement le sac selon la méthode de Petit. (Voir plus loin aux remarques). C'était le 22 février. La tumeur lacrymale vidée j'injecte de l'eau par le point lacrymal inférieur et je sonde le canal nasal par l'ouverture antérieure du sac. Le cathétérisme fait découvrir des parties rugueuses dans le conduit nasal. Applications émollientes et traitement général.

Le 25 février, le gonflement des paupières a presque disparu, la tumeur lacrymale a diminué beaucoup, il existe une vaste fistule. Cathétérisme par la fistule, sonde n° 2. Injections d'eau par le point lacrymal.

Le 27 février, il y a amélioration. Même traitement.

Le 1r mars, tout gonflement a disparu, la fistule est considérablement réduite ; il se produit encore un peu de muco-pus. Cathétérisme par le point lacrymal supérieur, suivi d'injections d'eau.

Le 11 mars, la fistule n'est plus, le canal nasal est toujours rugueux, l'hypersécrétion a beaucoup diminué.

Le 18 avril, le larmoiement n'est pas continuel. Je ne constate plus de rugosités dans le canal nasal et je recours à la sonde n° 3.

Le 10 juillet, le larmoiement a des hauts et des bas. L'injection d'eau, quand le cathétérisme n'a pas été pratiqué depuis un temps assez long (10 à 15 jours), ne peut souvent pas traverser le canal nasal. Cependant la sonde est placée tous les cinq ou six jours, assez régulièrement.

Le 18 décembre 1875, le larmoiement disparaît parfois pendant

plusieurs jours et reparaît quand le canal n'a pas été sondé depuis un certain temps. Le cathétérisme a été répété en moyenne trois fois par mois. Il ne reste de la fistule qu'une trace imperceptible ; quant au muco-pus, il ne s'en produit plus. L'état de la malade s'est favorablement modifié.

Le 18 mars 1877. Le cathétérisme a été pratiqué parfois après un mois, parfois après six semaines, quand la malade commençait à s'apercevoir d'un léger larmoiement. Dans ces cas, l'injection d'eau préalable ne se déverse pas facilement dans la fosse nasale. Chaque fois la sonde n° 3 est introduite facilement et laissée en place pendant une demi-heure.

Je compte que la guérison sera tout-à-fait complète dans peu de temps.

XI. Louis B..., 11 ans, m'est adressé le 24 septembre 1873, par mon honorable confrère le docteur Lambrix (Diepenbeck). Il présente à l'œil gauche une dilatation prononcée du sac lacrymal. La pression fait sortir une abondante quantité de muco-pus. Le conduit lacrymal inférieur a été ouvert par un médecin qui l'a soigné pendant environ deux mois par le cathétérisme et par de fréquentes injections d'eau et qui a fini par lui donner le temps pour tout traitement. Le canal nasal est libre, comme le prouve une injection d'eau, qui le traverse facilement ; il existe une petite fistule lacrymale. Le malade est affecté d'une ozène épouvantable de nature scrofuleuse, dont on ne s'est pas occupé. Ainsi subsistait dans toute sa puissance la cause voisine de l'affection du sac lacrymal.

Je pratique une injection abondante de teinture d'iode : le conduit lacrymal inférieur n'ayant été ouvert que dans une partie de son trajet, mon procédé d'injection reste entièrement le même. Il

sort un peu de teinture d'iode par le nez. La sonde n° 2 me fait constater que le canal nasal est rétréci.

Mon confrère prescrit un traitement contre l'ozène (douches, etc.) et un traitement général (huile de foie de morue, etc.)

Le 20 octobre, l'affection du sac est améliorée : la dilatation n'est plus aussi prononcée et la sécrétion morbide a beaucoup diminué. Le Dr Lambrix a injecté fréquemment de l'eau dans le sac lacrymal. L'ozène ne répand plus une odeur aussi forte. — Nouvelle injection iodée.

Le 4 novembre, le larmoiement est presque supprimé, il n'y a pas de muco-pus, la fistule lacrymale est cicatrisée, le sac n'est plus dilaté. Injection d'eau.

Le 19 novembre, le muco-pus s'est reproduit avec le larmoiement. Le canal nasal est toujours libre. Injection de teinture d'iode.

Le 6 février 1874, je revois la malade dont l'affection lacrymale est entièrement guérie depuis la dernière injection iodée. L'ozène est plus supportable. Le traitement général et le traitement institué contre la punaisie sont continués.

Le 6 mai 1874, la guérison est confirmée.

Au mois d'avril 1877, M. le docteur Lambrix a bien voulu me renvoyer ce jeune homme dont l'état général s'est modifié avantageusement, mais dont l'affection nasale est redevenue plus accentuée que jamais, ce qui provient de ce que le malade n'a plus voulu se soigner depuis près de deux ans. Malgré cela, le larmoiement n'a jamais plus reparu et fait curieux à noter, c'est qu'on ne pourrait pas dire que le conduit lacrymal, qui fonctionne normalement, a été ouvert ; il est vrai qu'il ne l'avait été que dans une partie de son parcours.

XII. Madame Rau...., 35 ans, présente à l'œil gauche un catarrhe du sac lacrymal avec dilatation prononcée et avec grande quantité de muco-pus. Elle fait remonter cette affection à plusieurs années. Le 21 novembre 1875, après avoir vidé le sac de son contenu par la pression, j'injecte de l'eau qui revient en totalité par le point lacrymal supérieur. Par ce point je pratique le cathétérisme du canal nasal au moyen du n° 2 des sondes de Bowman. Le rétrécissement n'offre guère de résistance. Immédiatement après l'eau injectée ne revient plus par les conduits lacrymaux.

Donnant mes soins gratuitement à cette malade, peu occupée du reste, je me suis permis de tenter de la guérir par la méthode qui consiste dans le cathétérisme employé et continué, même quand il n'y a rien à dilater ; j'y ajoutais les injections d'eau.

Cette malade, qui avait subi le cathétérisme du canal nasal les 23 et 25 novembre, présentait, le 27 novembre, la même dilatation du sac, mais l'eau injectée, qui revenait en partie par le point lacrymal supérieur, finissait par entraîner des filaments de mucus à travers le canal nasal. La sonde n° 2 ne rencontrait plus la moindre résistance dans le canal nasal.

Le 29 novembre, j'emploie la sonde n° 3.

Le 24 mars 1876, madame R.... s'est soumise au cathétérisme et aux injections d'eau tous les deux ou trois jours régulièrement, hormis une période de huit jours à la fin de décembre, une période de dix jours en février et une dernière depuis le 13 mars jusqu'à ce jour.

Après chaque suspension du traitement on ne remarque qu'une recrudescence dans le larmoiement, qui n'a jamais cessé, mais qui diminue beaucoup d'intensité après le cathétérisme et l'injection. Quant à la dilatation du sac, elle est toujours dans le même état et l'hypersécrétion n'a jamais tari.

L'expérience me paraît longue assez et je pratique une injection de teinture d'iode.

Le 26 mars, la malade m'annonce triomphalement que « sa boule » a disparu et que son œil n'a pas pleuré du tout depuis la veille à son lever. Il est parfaitement vrai que la dilatation du sac n'existe presque plus : l'injection d'eau sort entièrement par la narine, et ne contient plus trace de mucosités.

Je ne revois cette dame que le 14 avril et je constate une guérison radicale. Le sac lacrymal du côté gauche n'est qu'un peu plus marqué que le sac lacrymal droit.

Cette dame, au mois de novembre 1876, m'a appris qu'elle n'avait plus éprouvé la moindre gêne à l'œil gauche.

Remarques. — Ces observations seraient inutilement multipliées ; elles renferment du reste les principales indications. Dans les deux premières on se trouve en présence d'un rétrécissement du canal nasal sans hypersécrétion morbide du sac lacrymal. La guérison est obtenue au moyen du cathétérisme du canal nasal d'après la méthode d'Anel. La troisième observation montre un catarrhe du sac lacrymal, avec rétrécissement du canal nasal, cédant au cathétérisme et aux injections d'eau. Il faut noter que l'hypersécrétion est peu abondante et que le sac n'est pas dilaté.

L'observation IV et l'observation IX, font voir les effets favorables de la teinture d'iode sur la muqueuse du sac lacrymal, alors qu'il n'existe qu'une hypersécrétion abondante.

Dans les observations V, VI, VII et VIII l'influence de la teinture d'iode sur la dilatation du sac lacrymal est bien manifeste. Ce symptôme que n'améliorent pas les autres méthodes ordinaires de traitement des affections des voies lacrymales, comme le démontrent d'une façon péremptoire les observations XI et XII, sur les-

quelles il est bon d'attirer l'attention d'une manière spéciale, ce symptôme, dis-je, est combattu efficacement par mon procédé d'injection.

A propos de l'observation VII, je crois utile de faire ressortir que quoique la conjonctivite en général indique les astringents et les irritants, je me suis borné à prescrire des émollients ; c'est que dans la conjonctivite lacrymale les collyres irritants sont presque toujours nuisibles ; aussi dans ce cas y ai-je renoncé depuis longtemps.

J'ai abandonné aussi les lotions d'eau de Goulard qui constituent une pratique encore plus mauvaise, car, si souvent de simples lotions d'eau blanche ne produisent aucun mauvais effet, il est bien avéré qu'il se produit parfois, comme j'ai eu l'occasion de le constater, des incrustations de plomb dans les conjonctives palpébrales. C'est là un accident sérieux donnant lieu à des douleurs se reproduisant pendant un temps bien long et pouvant amener des inflammations graves de la cornée. On doit donc tenir compte des dangers possibles et les éviter.

Si dans onze des observations qui précèdent, la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre, ce n'est pas toujours le cas et c'est pourquoi j'ai cru devoir rapporter l'observation X qui montre ce qu'il faut parfois de patience de la part du médecin et de la part du malade. Cette observation X me permet de signaler un point pratique important. Pendant un certain temps j'étais partisan de traiter les tumeurs lacrymales aiguës par l'ouverture des conduits lacrymaux.

En cela je suivais l'avis de Wecker, de Galezowski, etc., qui emploient cette méthode pour éviter la cicatrice de la fistule lacrymale. Mais, en présence du danger de l'oblitération possible

des conduits ouverts (voir plus haut), en présence de la rapidité avec laquelle se guérissent les fistules lacrymales qui ne laissent qu'une cicatrice très petite et difficilement visible et en outre en présence d'une certaine difficulté d'introduire le couteau de Weber dans les points et dans les conduits lacrymaux par suite du gonflement souvent considérable des paupières, je trouve préférable d'ouvrir le sac lacrymal directement.

Dans toutes les observations que je cite j'ai obtenu la guérison; c'est le résultat ordinaire lorsque le traitement est bien conduit et bien suivi, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas, heureusement assez rares, où les meilleurs soins n'amènent que des améliorations passagères, sans qu'on puisse découvrir la cause de l'insuccès des moyens employés. Je pourrais citer une dame, Mme W., dont le sac lacrymal a été rempli de teinture d'iode un grand nombre de fois et dont le canal nasal a subi fréquemment le contact des sondes de Bowman sans que j'aie jamais eu le plaisir de voir diminuer, si ce n'est très momentanément, la production de muco-pus. A peu près le même cas m'a été offert par un vieux Monsieur atteint de catarrhe du sac lacrymal avec légère dilatation de l'organe et avec sécrétion abondante. Chez ce malade la teinture d'iode diminuait la sécrétion de la muqueuse pendant deux à trois jours ; l'injection était répétée après cet espace de temps et la sécrétion morbide n'en persistait pas moins.

Dans ce cas, à diverses reprises, j'ai substitué à la teinture d'iode une solution au cinquième de nitrate d'argent sans en retirer de meilleurs effets. Après avoir subi le traitement de son affection lacrymale pendant plus d'un an, il a été atteint d'une pneumonie qui l'a emporté.

Pour terminer, je répéterai en quelques mots le traitement qui s'applique aux différents cas de catarrhe du sac lacrymal et de rétrécissement du canal nasal.

Lorsqu'il existe un rétrécissement du canal nasal, sans phénomènes, provenant du sac lacrymal (pas de sécrétion morbide, pas de dilatation du sac), le cathétérisme par la méthode d'Anel obtiendra la guérison.

Si le rétrécissement s'accompagne d'un très léger catarrhe du sac lacrymal (non dilaté) le même traitement auquel il est bon d'associer les injections d'eau suffira généralement. Déjà dans ce cas la teinture d'iode peut être utile.

La teinture d'iode, qu'on injecte sans inconvénient d'après mon procédé, sera nécessaire lorsque la sécrétion morbide du sac sera abondante ou lorsque le sac lacrymal sera dilaté, que le canal nasal soit ou non rétréci.

Telles sont, en résumé, les principales indications locales à remplir dans le catarrhe du sac lacrymal et dans le rétrécissement du canal nasal.

---